REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO

À
Comissão para Certificação na Área de Atuação em Foniatria da ABORL-CCF

(**NOME DO CANDIDATO),** (nacionalidade), (estado civil), (profissão), inscrito no CRM (nº e unidade da Federação da inscrição) portador do CPF n.º (xxx), Carteira de Identidade n.º (xxx), residente e domiciliado na (rua/avenida/travessa), (número), (indicação do bloco e número do apartamento – se houver), (bairro/vila), na cidade de (nome da cidade)/(unidade da federação), CEP (xxx), e-mail: (xxxx), vem perante a ABORL-CCF, em conformidade com o **EDITAL** do ***V EXAME DE SUFICIÊNCIA PARA OBTENÇÃO DO CERTIFICADO DA ÁREA DE ATUAÇÃO EM FONIATRIA - 2023***, requerer a inscrição para participação no referido exame, anexando, para tanto, os documentos obrigatórios.

Ainda pelo presente, e na melhor forma de direito declaro:

1. Conhecer e aceitar as normas e condições do Edital para obtenção do certificado de área de atuação em Foniatria.

2. Estar ciente de que a documentação apresentada no ato da inscrição será submetida a análise pela Comissão para Certificação na Área de Atuação em Foniatria, podendo ser deferida ou não de acordo com os termos do edital.

3. Consentir que os dados pessoais solicitados serão utilizados para as finalidades necessárias para o VI EXAME DE SUFICIÊNCIA PARA OBTENÇÃO DO CERTIFICADO DA ÁREA DE ATUAÇÃO EM FONIATRIA

Desse modo, estando ciente de todas as normas e condições do referido exame, declaro submeter-se integralmente a tais normais.

Portador de Necessidade Especial - ( ) Sim ( ) Não Qual? _____
Gravidez diagnosticada até esta data? ( ) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

Nestes termos, pede deferimento.
(Cidade), (dia) de (mês) de (ano).

(**NOME E ASSINATURA DO CANDIDATO**)